

Tingkat Pengetahuan dan Persepsi terhadap *Shisha* pada Mahasiswa

Knowledge and Perception of Students toward Shisha

Dhimas Nirwana Yudha* Yayi Suryo Prabandari** Purwanta*

*Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, **Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Abstrak

Isu yang berkembang terkait pengetahuan dan persepsi seorang calon tenaga kesehatan memengaruhi keberhasilan pelayanan kesehatan dalam menjawab tantangan di masyarakat nantinya. *Shisha* (rokok dari Timur Tengah) mulai marak di Yogyakarta. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh gambaran tentang tingkat pengetahuan dan persepsi terhadap *shisha* pada mahasiswa reguler tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan rancangan potong lintang. Sampel penelitian adalah mahasiswa dari tiga program studi yang dilakukan pada bulan September - Oktober 2013. Jumlah responden sebanyak 72 mahasiswa ilmu keperawatan, 74 mahasiswa gizi dan kesehatan dan 258 mahasiswa pendidikan dokter. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Analisis dilakukan dengan uji *Mann-Whitney U* dan uji-t. Hasil analisis statistik menunjukkan tingkat pengetahuan terhadap *shisha* pada mahasiswa dikategorikan kurang, sedangkan persepsi dikategorikan cukup. Hasil analisis uji beda menunjukkan tidak terdapat perbedaan tingkat pengetahuan dan persepsi terhadap *shisha* antar kelompok program studi ($p=0,05$).

Kata kunci: Pengetahuan, persepsi, *shisha*

Abstract

Knowledge and perception of medical student toward issue influence their health service to challenge in public. *Shisha* (cigarette from middle east) increasingly widespread in Yogyakarta. This study was aimed to assess the knowledge and perception of undergraduate students toward *shisha* at the Faculty of Medicine Gadjah Mada University. This study was descriptive and cross sectional study. It was undertaken in three study programs in September to October 2013. The respondents consisted of 72 of nursing students, 74 nutritionist student and 258 medicine students. The data were collected by questionnaires. Data was analysed by *Mann-Whitney U-test* and *t-test*. The result showed knowledge about *shisha* of the student was mostly rated as low, while perceptions toward *shisha* was rated as enough.

The comparison analysis showed that there's no difference of knowledge and perception toward *shisha* between study program groups ($p=0.05$).

Keyword: Knowledge, perception, *shisha*

Pendahuluan

Merokok sekarang ini sudah menjadi kebiasaan yang melekat pada masyarakat. Hal tersebut dapat terlihat dari budaya masyarakat, contohnya saat ada upacara adat, perkumpulan di masyarakat, seperti rapat RT, rapat kegiatan desa, akan ada suguhan rokok.¹ Pemerintah Indonesia telah menyikapi masalah perkembangan budaya rokok dengan pembuatan Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2003 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan.² Meskipun demikian, kebiasaan merokok masih belum dapat ditekan secara signifikan, bahkan jumlah dan jangkauannya semakin bertambah.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan konsumsi rokok, yaitu anak usia 5 - 9 tahun sudah mulai merokok dan peningkatan prevalensinya tertinggi bahkan di antara semua kelompok umur di bawah 19 tahun atau lebih dari empat kali lipat dibandingkan dengan tahun 2004.¹ Komisi Nasional Perlindungan Anak mencatat, hingga pertengahan tahun 2010 terdapat 6 kasus anak berusia 11 bulan, 2,5 tahun, dan 4 tahun yang kecanduan rokok, dari 5 batang per hari hingga 2 bungkus per hari. Dari anak balita perokok yang dipantau tersebut, lama masa merokok mereka antara 1,5 dan 2 tahun.³ Di luar negeri, bahan baku rokok hanya tem-

Korespondensi: Dhimas Nirwana Yudha, Program Studi Ilmu Keperawatan FK Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta 55281, Hp. 085229888558, e-mail: dhimas.nirwana.y@mail.ugm.ac.id

bakau yang dikenal dengan rokok putih. Di Indonesia, selain terdapat rokok putih, ada rokok yang khas Indonesia yang disebut dengan rokok kretek. Bahan baku rokok kretek adalah tembakau dan cengkeh. Selain rokok yang biasa, ada juga tembakau yang digunakan sebagai rokok pipa dan rokok cerutu.²

Dalam dekade terakhir ini, semakin marak adanya rokok dari India/Timur Tengah yang dikenal dengan istilah *narghile*, *hookah*, *waterpipe-smoke* (WPS) atau di Indonesia sendiri sering disebut dengan *shisha*. *Shisha* adalah instrumen tunggal atau kelompok untuk menghisap tembakau. Asal *hookah* adalah India, Persia, atau pada titik transisi antara keduanya.⁴ Secara umum, bagian dari *shisha* adalah kepala dengan penutup (*bowl and windscreen*), leher/body, guci air (*water seal*), dan selang/*hose* penghisap. Bahan utama pada instrumen *shisha* adalah tembakau padat yang menggunakan pembakaran langsung oleh pembakar aktif. Umumnya pembakar aktif adalah batu bara. Selain tembakau, *shisha* dapat ditambahkan beberapa bahan lainnya sesuai dengan keinginan pengguna. Bahan-bahan yang biasa ditambahkan di antaranya aromaterapi tertentu, cengkih, sari buah dan *marijuana*. Prinsip pengoperasian instrumen ini adalah asap dilewatkan melalui cekungan air/*water seal* (sering kaca based) sebelum dihisap (Gambar 1).⁴

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa *shisha* memiliki 4 kali lebih banyak kadar *polycyclic aromatic hydrocarbons* (PAH)/salah satu bahan karsinogenik, 4 kali lebih banyak kadar aldehida yang mudah menguap, dan 34 kali lebih banyak kadar CO dari 1 batang rokok. Dalam pembakaran langsung, penggunaan bahan untuk membakar tembakau juga akan memengaruhi jumlah partikel dalam *shisha*. Semakin buruk kualitas pembakarannya, akan semakin banyak jumlah zat racun yang terbentuk.⁵

Shisha sendiri telah mendapat perhatian dari World Health Organization (WHO) yang melalui WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg) pada tahun 2005. WHO ingin mengangkat masalah ini menjadi perhatian semua pihak dengan memublikasikan *advisory note* untuk masalah *shisha*. *Advisory note* tersebut berisi hasil penelitian tentang efek *shisha* pada kesehatan, dan kebutuhan penelitian lainnya guna mengendalikan *shisha*. Dalam *advisory note* tersebut, WHO mengategorikan *shisha* sebagai peringatan kesehatan kuat (*strong health warning*), yang artinya sangat perlu diperhatikan oleh berbagai pihak.⁴

Pada penelitian-penelitian yang telah dilakukan, fakta-fakta mengenai dampak negatif dari *shisha* belum banyak terpublikasi ke masyarakat. Salah satu penyebab sulitnya penyebaran fakta mengenai *shisha* adalah lebih maraknya mitos-mitos mengenai *shisha* yang mempunyai dampak lebih positif dibandingkan dengan rokok biasa.⁶ Meskipun saat ini penggunaan *shisha* masih ter-

batas, dan hanya dapat diakses di tempat-tempat tertentu, bukan tidak mungkin kebiasaan ini akan menjadi semakin marak jika tidak ada usaha preventif untuk mengendalikannya.

Perubahan perilaku masyarakat ke arah yang lebih baik menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang memberikan informasi akan lebih efektif untuk mencegah perilaku kesehatan yang menyimpang daripada usaha pasien sendiri untuk menghentikan perilaku tersebut, termasuk perilaku merokok *shisha*.⁷ Perilaku merupakan suatu apresiasi yang disertai dengan pemahaman. Pemahaman merupakan persepsi yang dipengaruhi oleh proses komunikasi.⁸ Untuk dapat berperilaku positif, seseorang memerlukan persepsi yang positif, sedangkan persepsi dapat dibentuk oleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan hasil tahu, terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Persepsi adalah proses tentang petunjuk inderawi (sensori) dan pengalaman masa lampau yang relevan diorganisasikan untuk memberikan kepada seseorang gambaran yang terstruktur dan bermakna pada situasi tertentu.⁹

Mahasiswa kesehatan merupakan calon tenaga kesehatan di masa depan. Pengetahuan dan persepsi seorang calon tenaga kesehatan mengenai isu-isu yang berkembang di masyarakat memengaruhi keberhasilan pelayanan kesehatan tersebut nantinya dalam menjawab tantangan isu-isu di masyarakat. Kondisi ini menjadikan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada merupakan subjek penelitian yang sesuai untuk memulai perencanaan untuk mempersiapkan sumber daya manusia yang mampu mengawasi dan mempromosikan segala aspek kesehatan yang berkaitan dengan isu-isu di masyarakat. Melihat fenomena yang ada, penulis tertarik melakukan penelitian tentang gambaran tingkat pengetahuan dan persepsi terhadap *shisha* mahasiswa tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tingkat pengetahuan dan persepsi terhadap *shisha* mahasiswa reguler tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan rancangan potong lintang dengan pendekatan kuantitatif. Pengambilan data dilakukan dalam satu kali waktu dengan interpretasi hasil melihat kejadian pada satu waktu. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan September – Oktober 2013 di kampus Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampel penelitian diambil secara total sampling dengan kriteria inklusi, tercatat sebagai mahasiswa aktif di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK), Program Studi

Pendidikan Dokter (PSPD), dan PSGK Program Studi Gizi Kesehatan (PSGK). Fakultas Kedokteran UGM angkatan 2011 dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi adalah mahasiswa yang berhalangan hadir saat penelitian berlangsung. Banyaknya sampel dalam penelitian ini adalah 404 orang yang dibagi dalam 3 kelompok, yaitu kelompok PSIK ($n=72$), kelompok PSGK ($n=74$), dan kelompok PSPD ($n=258$).

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu tahu (*know*), pemahaman (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluator*).¹⁰ Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan kuesioner tingkat pengetahuan dengan poin benar (B), salah (S), dan tidak tahu (T). Pengukuran persepsi dilakukan dengan angket persepsi yang disusun dalam skala *Likert* dengan rentang jawaban sangat setuju (SS), setuju (S), netral (N), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Kuesioner persepsi yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang dimodifikasi dari penelitian tentang rokok sebelumnya.¹¹ Data demografi responden, hasil pengukuran tingkat pengetahuan, dan persepsi pada ketiga kelompok diuji secara univariat dan dijabarkan secara naratif. Analisis data menggunakan uji *Mann-Whitney U* untuk uji beda variabel tingkat pengetahuan dan uji-t untuk uji beda variabel persepsi. Pengelompokan ditentukan berdasarkan satuan deviasi standar. Dari hasil analisis standar deviasi, skor total variabel tingkat pengetahuan dibagi menjadi 5 kategori, yaitu sangat baik ($p \geq 23$), baik ($18 \leq p \leq 22$), cukup ($12 \leq p \leq 17$), kurang ($6 \leq p \leq 11$) dan sangat kurang ($p < 6$). Sedangkan untuk variabel persepsi dibagi menjadi 5 kategori, yaitu sangat baik ($p \geq 102$), baik ($92 \leq p \leq 101$), cukup ($83 \leq p \leq 91$), kurang ($73 \leq p \leq 82$) dan sangat kurang ($p < 73$). Penelitian ini telah memperoleh persetujuan dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Hasil

Data demografi responden ketiga kelompok disajikan pada Tabel 1. Hasil dari data primer menunjukkan terdapat 48 mahasiswa (11,89%) yang pernah merokok dengan 8 mahasiswa (3,1%) masih aktif merokok, terdapat 4 mahasiswa (0,99%) yang pernah menggunakan *shisha*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga kelompok mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan kurang, yaitu 31 mahasiswa (43,1%) pada kelompok PSIK, 41 mahasiswa (55,4%) pada PSGK dan sebanyak 95 mahasiswa (36,8%) pada PSPD. Secara keseluruhan, mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan kurang, yaitu 167 mahasiswa (41,3%). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa kedua kelompok mayoritas responden mempunyai persepsi baik terhadap informasi *shisha*, yaitu 29 mahasiswa (40,3%) pada

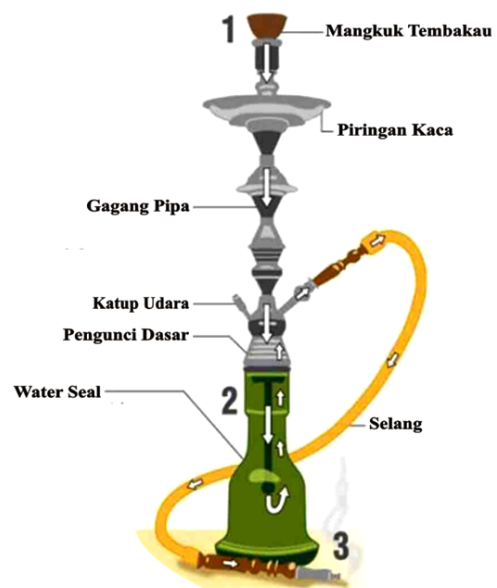
kelompok PSIK, 26 mahasiswa (35,1%) pada PSGK, sedangkan pada PSPD mayoritas responden mempunyai persepsi cukup terhadap informasi *shisha*, yaitu 95 mahasiswa (36,4%). Secara keseluruhan mayoritas responden memiliki persepsi cukup, yaitu 147 mahasiswa (36,4%) (Tabel 2).

Hasil analisis uji *Mann-Whitney U* mendapatkan $p=0,593$ untuk PSIK-PSGK, $p=0,483$ untuk PSIK-PSPD dan $p=0,759$ untuk PSGK-PSPD yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan tingkat pengetahuan terhadap *shisha* antarkelompok. Hasil analisis uji-t didapatkan $p=0,420$ untuk PSIK-PSGK, $p=0,143$ untuk PSIK-PSPD dan $p=0,595$ untuk PSGK-PSPD yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan persepsi terhadap *shisha* antar kelompok program studi (Tabel 3).

Hasil analisis korelasi antara karakteristik responden dengan variabel pengetahuan dan persepsi menunjukkan bahwa karakteristik keikutsertaan penyuluhan pencegahan merokok dan karakteristik informasi tentang *shisha* memengaruhi tingkat pengetahuan, sedangkan persepsi dipengaruhi oleh karakteristik riwayat merokok (Tabel 4). Mayoritas media yang digunakan responden untuk memperoleh informasi tentang *shisha* berasal dari teman (Tabel 5).

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan terhadap *shisha* pada mahasiswa reguler tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dikategorikan kurang. Variabel persepsi terhadap *shisha* pada mahasiswa reguler tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dikategorikan cukup (Tabel 2). Pada uji beda tingkat pengetahuan antarkelompok program studi didapatkan hasil tidak ada



Gambar 1. Bagian-bagian pada Shisha

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n = 404)

Karakteristik	Kategori	Kelompok Penelitian		
		PSIK (n=72)	PSGK (n=74)	PSPD (n=258)
Jenis kelamin	Laki-laki	1 (1,4%)	12 (16,2%)	133 (51,6%)
	Perempuan	71 (98,6%)	62 (83,8%)	125 (48,4%)
Usia	< 19 tahun	9 (12,5%)	23 (31,1%)	67 (26,0%)
	> 20 tahun	63 (87,5%)	51 (68,9%)	191 (74,0%)
Status tinggal	Keluarga	29 (40,3%)	30 (40,5%)	99 (38,4%)
	Sendiri/kos	43 (59,7%)	44 (59,5%)	159 (61,6%)
Jumlah uang saku	< Rp.1.000.000,-	60 (83,3%)	52 (70,3%)	126 (48,8%)
	> Rp.1.000.000,-	12 (16,7%)	22 (29,7%)	132 (51,2%)
Jumlah anggota keluarga yang merokok	Tidak ada	30 (41,7%)	34 (45,9%)	151 (58,8%)
	Ada paling tidak 1 orang	42 (58,3%)	40 (54,1%)	107 (41,5%)
Jumlah teman yang merokok	< 2 orang	51 (70,8%)	59 (79,7%)	209 (81,0%)
	> 3 orang	21 (29,2%)	15 (20,3%)	49 (19,0%)
Riwayat merokok	Tidak pernah	67 (93,1%)	72 (97,3%)	217 (84,1%)
	Pernah dan sudah berhenti	5 (6,9%)	2 (2,7%)	33 (12,8%)
	Pernah dan masih merokok	-	-	8 (3,1%)
Keikutsertaan penyuluhan pencegahan merokok	Tidak pernah	20 (27,8%)	32 (43,2%)	81 (31,4%)
	Pernah paling tidak 1 kali	52 (72,2%)	42 (56,8%)	177 (68,6%)
Informasi tentang <i>shisha</i>	Tidak tahu	23 (31,9%)	7 (9,5%)	42 (16,3%)
	Tahu paling tidak dari 1 media	49 (68,1%)	67 (90,5%)	216 (83,7%)
Riwayat pemakaian <i>shisha</i>	Pernah	2 (2,8%)	1 (1,4%)	1 (6,6%)
	Tidak pernah	70 (97,2%)	73 (98,6%)	241 (93,4%)

Tabel 2. Tingkat Pengetahuan dan Persepsi Mahasiswa (n = 404)

Kategori	Kelompok Penelitian											
	PSIK (n=72)				PSGK (n=74)				PSPD (n=258)			
	Tingkat Pengetahuan		Persepsi		Tingkat Pengetahuan		Persepsi		Tingkat Pengetahuan		Persepsi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sangat baik	-	-	10	13,9	1	1,4	7	9,5	8	3,1	18	7,0
Baik	3	4,2	29	40,3	1	1,4	26	35,1	20	7,8	69	26,7
Cukup	14	19,4	28	38,9	12	16,2	25	33,8	54	20,9	94	36,4
Kurang	31	43,1	4	5,6	41	55,4	14	18,9	95	36,8	68	26,4
Sangat kurang	24	33,3	1	1,4	19	25,7	2	2,7	81	31,4	9	3,5

Tabel 3. Hasil Uji Beda Variabel Tingkat Pengetahuan dan Variabel Persepsi Antarkelompok Program Studi

Kelompok Prodi	Variabel Penelitian	
	Tingkat Pengetahuan	Persepsi
	Nilai p	Nilai p
PSIK-PSGK	0,593	0,420
PSIK-PSPD	0,483	0,143
PSGK-PSPD	0,759	0,595

perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan dan persepsi antarkelompok program studi (Tabel 3).

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya sosial ekonomi, kultur, pendidikan dan pengalaman. Selain itu, faktor yang memengaruhi pengetahuan adalah informasi/media massa dan lingkungan.¹⁰ Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, keadaan demografi tempat tinggal dapat memengaruhi domain peri-

laku seseorang (status tinggal, riwayat keluarga yang merokok, ekonomi). Selain itu, perilaku juga dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan pengalaman dari orang tersebut (teman, lingkungan, belajar, informasi yang didapatkan). Peneliti menyajikan faktor yang memengaruhi tingkat pengetahuan ke dalam bentuk karakteristik responden.

Hasil uji korelatif menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan karakteristik status tinggal pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan 246 orang (60,9%) responden tinggal sendiri. Meskipun tidak spesifik pada pengetahuan, peran serta keluarga dalam menanggapi isu tentang *shisha* secara langsung dan tidak langsung akan berpengaruh pada perilaku terhadap *shisha*. Penelitian Al-Naggar dan Bobryshev¹² menyebutkan bahwa peran keluarga mengenai keputusan menggunakan *shisha* serta perilaku *shisha* keluarga berpengaruh pada perilaku ter-

Tabel 4. Hasil Analisis Bivariat Karakteristik Demografi dengan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi (n = 404)

Karakteristik	Kategori	Variabel					
		Tingkat Pengetahuan			Persepsi		
		Baik	Kurang	Nilai p	Baik	Kurang	Nilai p
Status tinggal	Keluarga	76 (48,1)	82 (51,1)	0,790	85 (53,8)	73 (46,2)	0,144
Jumlah uang saku	Sendiri	115 (46,7)	131 (53,3)	0,758	114 (46,3)	132 (55,7)	0,076
	≤ Rp 1.000.000,-	111 (46,7)	127 (53,3)		126 (52,9)	112 (47,1)	
Jumlah anggota keluarga yang merokok	> Rp 1.000.000,-	80 (48,2)	86 (51,8)	0,204	73 (43,9)	93 (56,1)	0,857
	Tidak ada	108 (50,2)	107 (49,8)		105 (48,8)	110 (51,2)	
Jumlah teman yang merokok	Ada paling tidak 1 orang	83 (45,4)	106 (54,6)	0,772	94 (49,7)	95 (50,3)	0,345
	≤ 2 Orang	152 (47,6)	167 (52,4)		161 (50,4)	158 (49,6)	
Riwayat merokok	≥ 3 Orang	39 (45,9)	46 (54,1)	0,185	38 (44,7)	47 (55,3)	0,008
	Tidak pernah	164 (46,1)	192 (53,9)		184 (51,7)	172 (48,9)	
Keikutsertaan penyuluhan pencegahan merokok	Pernah	27 (56,3)	21 (43,7)	0,036	15 (31,3)	33 (68,7)	0,749
	Tidak pernah	53 (39,8)	80 (60,2)		64 (48,4)	69 (51,6)	
Informasi tentang <i>shisha</i>	Pernah paling tidak 1 kali	138 (50,9)	133 (49,1)	0,000	135 (49,8)	136 (50,2)	0,904
	Tidak tahu	16 (22,2)	58 (77,8)		35 (48,6)	37 (51,4)	
Riwayat pemakaian <i>shisha</i>	Tahu paling tidak dari 1 media	175 (52,7)	157 (47,3)	0,478	164 (49,8)	165 (50,2)	0,191
	Tidak pernah	180 (46,9)	204 (53,1)		192 (50,0)	192 (50,0)	
	Pernah	11 (55,0)	9 (45,0)		7 (70,0)	3 (30,0)	

Tabel 5. Distribusi Media yang Digunakan Responden dalam Memperoleh Informasi tentang *Shisha* (n = 404)

Media	PSIK	PSGK	PSPD	Jumlah
Keluarga	1 (1,4%)	5 (6,8%)	10 (3,9%)	16 (3,9%)
Guru/Dosen	4 (5,6%)	0	9 (3,5%)	13 (3,2%)
Teman	32 (44,4%)	40 (54,1%)	139 (53,9%)	211 (52,2%)
Iklan	3 (4,2%)	10 (13,5%)	10 (3,9%)	23 (5,7%)
Cetak	5 (6,9%)	3 (4,1%)	19 (7,4%)	27 (6,7%)
Elektronik	25 (34,7%)	34 (45,9%)	82 (31,8%)	141 (34,9%)
Lain-lain	0	1 (1,3%)	9 (3,5%)	10 (2,5%)

hadap *shisha* pada mahasiswa kedokteran di Malaysia. Tidak adanya hubungan pada uji korelatif dapat disebabkan karena keterbatasan informasi tentang *shisha* yang diterima oleh responden maupun keluarga responden.

Telah banyak penelitian yang menyebutkan perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh peran orangtua. Penelitian Al-Naggar dan Bobryshev¹² menyebutkan bahwa perilaku *shisha* keluarga berpengaruh pada perilaku *shisha* pada mahasiswa kedokteran di Malaysia. Lingkungan dan teman berpengaruh pada perilaku merokok.¹³ Hasil uji korelatif menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan karakteristik jumlah anggota keluarga responden yang merokok dan jumlah teman responden responden yang merokok pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Tidak adanya hubungan pada uji korelatif dapat disebabkan karena isu *shisha* sendiri memang belum begitu marak di masyarakat, namun hal ini bukan tidak mungkin dapat menjadi marak jika tidak ada usaha preventif.

Hasil uji korelatif menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan riwayat

merokok pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Meskipun tidak spesifik pada pengetahuan, riwayat merokok dapat menjadi faktor risiko perilaku penggunaan *shisha*. Hal tersebut ditunjukkan oleh penelitian Poyrazoglu, *et al*¹⁴ yang menyebutkan bahwa riwayat merokok memiliki risiko sembilan kali lebih besar untuk menggunakan *shisha*. Tidak adanya hubungan pada uji korelatif dapat disebabkan oleh masih kurang mendalamnya informasi tentang *shisha* yang diterima responden. Hal tersebut dibuktikan dengan mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan kurang padahal mayoritas responden telah mengetahui *shisha* dari berbagai media.

Jika dianalisis lebih mendalam berdasarkan uraian sebelumnya, kurangnya tingkat pengetahuan responden dapat disebabkan karena kurang tepatnya informasi yang didapatkan responden, misalnya media massa dan lingkungan sekitar responden memang masih belum mendalam menyediakan informasi tentang *shisha* atau bahkan media massa dan lingkungan sekitar responden salah dalam penyediaan informasi tentang *shisha* tersebut. Berdasarkan hasil survei studi pendahuluan sebelumnya, informasi yang berada di masyarakat mengenai *shisha* sendiri masih sangat kurang, bahkan tidak sedikit dari masyarakat yang menyatakan tidak tahu sama sekali mengenai *shisha*. Hal tersebut didukung oleh penelitian Nakkash, *et al*¹⁵ yang menunjukkan manipulasi informasi mengenai *shisha* oleh perusahaan rokok juga memengaruhi anggapan masyarakat terhadap *shisha* itu sendiri.

Mayoritas responden memiliki pengetahuan yang belum tepat mengenai *shisha*. Hal tersebut ditunjukkan dengan tingginya jawaban salah dari responden. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amin, *et al*¹⁶

yang hasilnya menyatakan bahwa mayoritas responden beranggapan rokok *cigarette* lebih berbahaya dibandingkan dengan *shisha*, racun *shisha* terfilter oleh *water seal*, *shisha* tidak menyebabkan kecanduan dan tidak signifikan menyebabkan gangguan kesehatan.

Informasi tentang *shisha* sebenarnya dapat diakses melalui berbagai media, namun seseorang harus selektif dalam menganalisis isinya. Tidak sedikit media yang menginformasikan mitos-mitos mengenai *shisha* tanpa memperhatikan fakta-fakta tentang mitos. Teman yang dapat diartikan media sosial merupakan media yang paling banyak diakses oleh responden. Hal ini dapat dikarenakan oleh mayoritas responden yang tergolong remaja ($mean=19,84$). Masa remaja adalah masa transisi menuju dewasa, keinginan untuk mencoba hal-hal yang baru adalah hal yang wajar dalam kehidupan remaja. Remaja takut dijauhi oleh lingkungannya sehingga tanpa disadari mereka ingin mengetahui dan mengikuti yang dilakukan oleh temannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amin, *et al*¹⁶ yang menyatakan bahwa media yang paling potensial dalam perkembangan *shisha* adalah melalui teman. Meskipun dalam jumlah kecil (5,7%), media iklan juga merupakan salah satu jalur dari informasi *shisha*. Hal ini membuktikan bahwa *shisha* mulai berkembang di lingkungan masyarakat.

Belum terciptanya persepsi baik mengenai dukungan perkembangan informasi *shisha* dapat dipengaruhi beberapa faktor. Persepsi dipengaruhi oleh faktor luar dan faktor dalam. Faktor luar meliputi intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan, gerakan, dan hal-hal yang baru. Faktor dalam meliputi proses belajar, motivasi, dan kepribadian.⁸ Pengembangan suatu persepsi pada individu juga ditentukan oleh perbedaan pengalaman, motivasi, nilai, kepercayaan dan keadaan.¹⁷ Hal tersebut dapat dicontohkan dengan adanya mitos seputar *shisha* yang ada di masyarakat. Mitos-mitos mengenai *shisha* yang berkembang di masyarakat memberi nilai positif untuk *shisha*. Tanpa ada fakta yang mengungkap suatu mitos, kecenderungan anggapan masyarakat akan sama dengan mitos yang ada. Hal tersebut didukung oleh penelitian Knishkoway dan Amitai⁶ yang menunjukkan bahwa anggapan dari mayoritas pemuda tentang *shisha* tidak berbahaya banyak dipengaruhi oleh keberadaan mitos mengenai *shisha*.

Selain itu, peneliti Amin, *et al*¹⁶ juga menunjukkan mayoritas kurangnya pengetahuan mengenai *shisha* pada pelajar di Saudi Arabia disebabkan karena *shisha* sendiri merupakan kebiasaan tradisional unik yang berhubungan dengan kebiasaan sosial, relaksasi dengan kelompok. Adanya mitos-mitos atau kepercayaan-kepercayaan seputar rokok yang melekat dalam budaya komunitas akan memengaruhi pemikiran maupun perilaku individu. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian Poyrazoglu, *et al*¹⁴, yang menyimpulkan bahwa mitos positif tentang

shisha membentuk persepsi pada seseorang bahwa *shisha* merupakan hal yang positif pula.

Pengetahuan merupakan domain penting untuk terjadinya perilaku. Beberapa teori secara jelas menggambarkan hubungan pengetahuan dengan perilaku memiliki korelasi yang signifikan. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Simon-Morton, *et al*¹⁸ yang menyatakan bahwa pengetahuan, sikap, nilai dan kepercayaan serta kelompok merupakan mediator perubahan perilaku. Hal didukung oleh penelitian Cobb, *et al*¹⁹ menunjukkan kurangnya pengetahuan mengenai *shisha* merupakan salah satu faktor peningkatan penggunaan *shisha*.

Persepsi merupakan proses aktif dari manusia dalam memilah, mengelompokkan, serta memberikan makna pada informasi yang diterimanya. Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi.⁹ Hal ini dapat dicontohkan pada penelitian Maziak *et al*.²⁰ yang menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap keluarga terhadap penggunaan *shisha* oleh pelajar sangat penting untuk penilaian kebiasaan *shisha* itu sendiri.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa informasi tentang *shisha* yang ada di lingkungan masyarakat, khususnya lingkungan Fakultas Kedokteran UGM saat ini belum signifikan atau mendalam keakuratannya yang ditunjukkan dengan kurangnya tingkat pengetahuan terhadap *shisha* meskipun mayoritas mahasiswa telah mengetahui informasi tentang *shisha* dari berbagai media. Seperti halnya dengan penelitian lain yang mendukung, penelitian ini menunjukkan perlunya tindakan preventif untuk mencegah perkembangan perilaku penggunaan *shisha*. Menurut teori Kurt Lewin, suatu perilaku akan dapat diubah dengan perubahan kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan penahan (*restraining forces*).⁹ Teori tersebut menjelaskan bahwa untuk membentuk perilaku yang mengarah kepada hal positif dapat dengan jalan meningkatkan kekuatan pendorong atau mengurangi kekuatan penahan. Perubahan yang lebih signifikan akan dapat terbentuk jika menggabungkan kedua cara tersebut.

Peningkatan pengetahuan mengenai informasi seputar *shisha* akan menjadi kekuatan pendorong peningkatan pengetahuan terhadap *shisha*, sedangkan perluasan fakta-fakta seputar *shisha* akan mengurangi kekuatan penahan persepsi bahwa *shisha* itu baik. Hal tersebut didukung oleh Nakkash, *et al*¹⁵ yang menyatakan bahwa peningkatan persepsi baik mengenai informasi *shisha* perlu dibangun untuk menekan perkembangan pemakaian *shisha*.

Diawalnya peningkatan pengetahuan pada kalangan mahasiswa fakultas kedokteran, yakni para pelaku dan promosi kesehatan, perubahan perilaku kesehatan di masyarakat mengenai perilaku kesehatan yang positif di masa yang akan datang akan lebih mudah. Sesuai dengan

pendapat Merrill, *et al*⁷ yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang memberikan informasi akan lebih efektif untuk mencegah perilaku merokok daripada usaha pasien sendiri untuk berhenti merokok.

Peneliti melakukan pengambilan data pada akhir sesi kuliah terakhir. Waktu pengambilan data pada ketiga kelompok berbeda-beda. Pada kelompok PSIK dan PS-GK pengambilan data dilakukan pada siang hari, yaitu sebelum pukul 12.00 WIB. Kondisi responden pada kelompok PSIK dan PSIGK saat pengambilan data cukup antusias untuk dilakukan pengambilan data, sedangkan pada kelompok PSPD pengambilan data dilakukan di atas pukul 14.00 WIB, yang pada kondisi ini mayoritas responden kurang antusias dilakukan pengambilan data. Terlihat pada kondisi responden yang sudah merasa bosan berada di ruang kuliah.

Jika penelitian serupa akan dilakukan kembali, perlunya memperhatikan waktu responden benar-benar siap memberikan jawaban yang sesuai dengan keadaannya guna memperkecil kemungkinan jawaban bias dari responden. Hal tersebut dapat dicontohkan dengan pengambilan data di waktu pagi hari dengan menyesuaikan jadwal akademik yang ada.

Kesimpulan

Tingkat pengetahuan mengenai *shisha* pada mahasiswa reguler tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dikategorikan kurang, bahkan sebagian besar mahasiswa memiliki pengetahuan sangat kurang. Persepsi terhadap *shisha* pada mahasiswa reguler tahap akademik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dikategorikan baik, meskipun terdapat sebagian besar mahasiswa memiliki persepsi cukup. Tidak terdapat perbedaan tingkat pengetahuan dan persepsi terhadap *shisha* antara mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, mahasiswa Program Studi Gizi Kesehatan dan mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Saran

Mahasiswa perlu meningkatkan pengetahuan mengenai *shisha* dengan menggali informasi tentang fakta mengenai *shisha* dengan mendalami hasil penelitian-penelitian terkait *shisha*. Selain itu, mahasiswa perlu turut serta dalam pencegahan perkembangan budaya *shisha* yang dapat dicontohkan dengan aksi atau pembuatan media tentang pencegahan *shisha*.

Penelitian lebih lanjut mengenai sikap dan perilaku terhadap *shisha* diharapkan dapat dilakukan. Pengembangan lebih lanjut dapat berupa prevalensi pengguna *shisha* dan tingkat pengetahuan terhadap *shisha* pada kelompok-kelompok lain. Selain itu, penelitian terkait yang mengupas secara mendalam tentang determinan penggunaan *shisha* dengan faktor lain

pada kelompok pengguna *shisha* dapat dilakukan.

Daftar Pustaka

1. Rini AR. Pengaruh pemberian informasi akan bahaya rokok oleh institusi pendidikan formal (sekolah) terhadap perilaku merokok anak usia sekolah di Kota Yogyakarta. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada; 2010.
2. Rochadi RK. Berbagai penanggulangan perilaku merokok di Indonesia. Info Kesehatan Masyarakat the Journal of Public Health. 2005; 9 (2): 125-9.
3. Kompas [homepage on the Internet]. Anna LK: enam anak balita kecanduan rokok; 2010 [update 2010 June 25; cited 2011 March 10]. Available from: <http://www.kesehatan.kompas.com/read/2010/06/25/07181916/Enam.Balita.Kecanduan.Rokok>.
4. World Health Organization. TobReg advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effect, research needs and recommended actions by regulators. Geneva: WHO Publication; 2005.
5. Daher N, Saleh R, Jaroudi E, Badr T, Sepetdjian, Rashidi MA, et al. Comparison of carcinogen, carbon monoxide, and ultrafine particle emissions from narghile waterpipe and cigarette smoking: sidestream smoke measurements and assessment of second-hand smoke emission factors. Atmospheric Environment. 2010; 44 (1): 8-14.
6. Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. Pediatrics. 2012; 116 (1): 113-9.
7. Merrill RM, Madanat HN, Cox E. Perceived effectiveness of counseling patients about smoking among medical student in Amman, Jordan. Eastern Mediterranean Health Journal. 2009; 15 (5): 1180-1191.
8. Fatimah N. Persepsi pejabat kantor pelayanan pajak daerah dan dinas permukiman, prasarana dan wilayah tentang iklan rokok dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat di Kota Yogyakarta. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada; 2006.
9. Notoatmodjo S. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
10. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals: Handbook I Cognitive Domain. New York: David McKay Company, Inc; 1997.
11. Prabandari YS. Smoking inoculation program to prevent the uptake of smoking among junior high school students in Yogyakarta municipality, Indonesia [manuscript]. Newcastle, Australia: University of Newcastle, School of Medical Practice and Population Health; 2005.
12. Al-Naggar RA, Saghir FSA. Water pipe (shisha) smoking and associated factors among Malaysian University students. Asian Pacific Journal of Cancer Preventive. 2011; 12: 3041-7.
13. Azwar E. Determinan perilaku merokok pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu-ilmu Kesehatan Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada; 2007.
14. Poyrazoglu S, Salri S, Gencer Z, Gunay O. Waterpipe (narghile) smoking among medical and non-medical university students in turkey. Upsala Journal of Medical Science. 2010; 115: 210-6.
15. Nakkash RT, Khalil J, Afifi R. The rise in narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco smoking: a qualitative study of perceptions of smokers and non smokers. BMC Public Health. 2011; 11: 315.

16. Amin TT, Amr MA, Zaza BO, Suleman W. Harm perception, attitudes and predictors of waterpipe (shisha) smoking among secondary school adolescents in Al Hassa, Saudi Arabia. *Asian Pasific Journal of Cancer Preventive*. 2010; 11: 293-301.
17. Zega T, Doeljachman, Prabandari YS. Persepsi ibu rumah tangga terhadap pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja, studi kasus pada kelompok BKR Kecamatan Prambanan Kabupaten Sleman. *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat*. 2002; 17 (3): 113-60.
18. Simons-Morton BG, Greene WH, Gottlieb N. Introduction to health education and health promotion. 2nd ed. United States of America: Waveland; 1995.
19. Cobb C, Ward KD, Maziak W, Shihadeh AL, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking: an emerging health crisis in the United States. *Atmospheric Environment*. 2010; 34 (3): 257-285.
20. Maziak W, Eissenberg T, Rastam S, Hammal F, Asfar T, Bachir ME, et al. Beliefs and attitudes related to narghile (waterpipe) smoking among university students in Syria. *Annals of Epidemiology*. 2004; 14 (9): 646-54.